



This project is co-funded by  
the European Union

# Kwaliteit van banen en diensten in de branche van de persoonlijke diensten in Nederland

December 2015

[forquality.eu](http://forquality.eu)



Social Services Europe



European  
Social  
Network



## INTRODUCTORY NOTE

Dit rapport kon worden voorbereid, uitgewerkt en afgewerkt dankzij het onderzoek van de auteurs, de bijdragen en suggesties van de projectpartners, de suggesties en opmerkingen van de deelnemers en leden van de partnerorganisaties tijdens de regionale seminars (Rome / Brighton / Wenen 2015) en de door de leden van de Adviesraad (AGE Platform, Eurofound). De auteurs willen al die personen van harte danken voor hun tijd en bijdrage. Het rapport presenteert de branche van de persoonlijke diensten voor zorg en huishoudhulp in het land in kwestie en in het kader van de doelstellingen van het For quality!-project. Het rapport volgt de methodologische matrix die het consortium gevalideerd heeft, zonder dat exhaustief wil zijn. De auteurs hebben getracht om de correcties en commentaren op te nemen die zij in de loop van dit proces ontvingen. De inhoud van dit rapport stemt echter niet noodzakelijkerwijs volledig overeen met de visie van de projectpartners die niet verantwoordelijk zijn voor de informatie uit dit rapport.

Deze publicatie wordt ondersteund door het programma voor werkgelegenheid en maatschappelijke solidariteit (2007-2013) van de Europese Unie (PROGRESS). Dit programma wordt uitgevoerd door de Europese Commissie. Het beoogt de uitvoering van de doelstellingen van de Europese Unie op het gebied van werkgelegenheid, sociale zaken en gelijke kansen financieel te ondersteunen en aldus bij te dragen tot de verwezenlijking van de doelstellingen van de Europa 2020-strategie op deze gebieden.

Het programma heeft een looptijd van zeven jaar en richt zich op al wie in de EU-28, de EVA/EER-landen, de kandidaat-lidstaten en de potentiële kandidaat-lidstaten kan bijdragen aan de ontwikkeling van goede en doeltreffende wetgeving en beleidsmaatregelen inzake werkgelegenheid en sociale zaken.

Nadere informatie vindt u op de volgende site: <http://ec.europa.eu/progress>.

De inhoud van deze publicatie stemt niet noodzakelijk overeen met de mening of het standpunt van de Europese Commissie.

# INHOUDSTAFEL

|   |           |
|---|-----------|
| INTRODUCTORY NOTE .....   | 2         |
| INHOUDSTAFEL.....   | 3         |
| <b>1. REGELGEVING EN BELEID LANDELIJK OF LOKAAL.....</b>        | <b>4</b>  |
| 1.1. BELEID EN WETTELIJKE ACHTERGRONDEN .....                   | 4         |
| 1.2. STRUCTUREEL KADER, FINANCIERING EN BETROKKEN ACTOREN ..... | 7         |
| <b>2. KWALITEIT VAN HET WERK EN DE WERKGELEGENHEID .....</b>    | <b>10</b> |
| 2.1. CARRIÈRE EN WERKZEKERHEID .....                            | 10        |
| 2.1.1. BEROEPSSTATUS.....                                       | 10        |
| 2.1.2. INKOMEN EN SOCIALE BESCHERMING.....                      | 14        |
| 2.1.3. RECHTEN VAN DE WERKNEMERS .....                          | 15        |
| 2.2. ONTWIKKELING VAN VAARDIGHEDEN EN PROFESSIONALISERING ..... | 17        |
| 2.3. GEZONDHEID EN WELZIJN .....                                | 18        |
| <b>3. KWALITEIT VAN DE DIENSTVERLENING.....</b>                 | <b>19</b> |
| 3.1. TOEGANKELIJKE EN BETAALBARE DIENSTVERLENING .....          | 19        |
| 3.2. ALLESOMVATTEND KARAKTER VAN DE DIENSTEN .....              | 20        |
| 3.3. KWALITEIT VAN DE REGELING.....                             | 21        |
| 3.4. KWALITEIT VAN HET BEHEER EN ORGANISATIENIVEAU.....         | 21        |
| <b>4. CONCLUSIE.....</b>  | <b>23</b> |
| <b>5. BIBLIOGRAFIE .....</b>                                    | <b>25</b> |

# 1. REGELGEVING EN BELEID LANDELIJK OF LOKAAL

## 1.1. Beleid en wettelijke achtergronden

De term "persoonlijke diensten" omvat zeer uiteenlopende diensten die verleend worden aan personen en aan huishoudens. In de Nederlandse context kunnen deze persoonlijke diensten verleend worden door personen met een sterk uiteenlopende werkgelegenheidsstatus. Het kan gaan om medewerkers van een zorgverlener (organisatie), om zelfstandigen, vrienden of familieleden.<sup>1</sup> Omwille van het ruime gamma activiteiten worden die diensten in Nederland niet als een samenhangende economische sector beschouwd en daarom is er ook geen algemene wettelijke definitie voor deze diensten<sup>2</sup>. Ook in de databanken met statistieken is er geen enkel cijfers te vinden over de trends in deze branche, hoewel er wel gegevens beschikbaar zijn voor de meeste elementen die samen de persoonlijke diensten vormen.

Het Nederlandse beleid inzake langdurige zorg (LTZ)<sup>3</sup> streeft naar een kwalitatief hoogstaande, toegankelijke en betaalbare zorg. De basisfilosofie achter het systeem bestaat erin dat de staat verantwoordelijk is voor personen die zorgbehoevend zijn. Het Nederlandse verzekeringsstelsel voor langdurige zorg werd ingevoerd in 1968 en was hiermee het eerste binnen de OESO.

---

<sup>1</sup> Europese Waarnemingspost voor het werkgelegenheidsbeleid (EEPO), Ad hoc request: Personal and household services - the Netherlands, 2015, <http://bit.ly/1LaM2m2>.

<sup>2</sup> In Nederland omvatten persoonlijke diensten activiteiten zoals huiselijke taken die het individu zelf kan verrichten of die hij aan een derde kan toevertrouwen. Er worden drie soorten persoonlijke diensten onderscheiden en voor elk van deze drie soorten geldt een afzonderlijke regeling: dagelijkse diensten (klussen, in de tuin werken, in het huis werken,...), diensten voor zorgbehoevende personen (thuiszorg, ouderenzorg, ...) en diensten voor gezinnen (kinderoppas). De markt voor persoonlijke diensten is geen homogene markt. Er is sprake van drie soorten markt:

- Commerciële diensten die gefinancierd worden door privé gebruikers: vraag en aanbod bepalen de prijs.
- Zorg vanuit de gemeenschap (met behulp van de WLZ en de WMO): De markt speelt hierbij slechts een ondergeschikte rol omdat de zorguitkering uit de geraamde zorgbehoefte van de zorgbehoevende personen resulteert.
- Informele zorg voor zorgbehoevende personen (*mantelzorg*) die door de onmiddellijke omgeving (familie, vrienden, burens, ...) of door vrijwilligers verleend wordt zonder dat hier enige compensatie tegenover staat.

De markt voor commerciële diensten kan opgedeeld worden in een formele markt en een informele markt:

- formele markt: vraag en aanbod worden op elkaar afgestemd via ondernemingen en instellingen die actief zijn in de branche van de persoonlijke diensten
- informele markt: vraag en aanbod worden op elkaar afgestemd tussen individuen (familie, vrienden, ...).

Bron: Kergueris J., Services à la personne: bilan et prospective, Franse Senaat, 2010.

<sup>3</sup> De diensten bij langdurige zorg zijn een onderdeel van de persoonlijke diensten. Ze omvatten formele thuiszorg, formele institutionele zorg en informele zorg.

Op dit ogenblik wordt dit geregeld door drie belangrijke wetten: de WLZ, de WMO<sup>4</sup> en de ZVW.

De eerste wet, de Wet langdurige zorg is van toepassing op personen die permanent intensieve verzorging of verregaand toezicht nodig hebben, bijvoorbeeld: ouderen met vergevorderde dementie of personen met zware geestelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperkingen.

De Wet langdurige zorg is ingevoerd op 1 januari 2015 en ze verving delen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten<sup>5</sup>. Vóór de hervorming die in 2014 werd opgestart, was elke inwoner van Nederland via de AWBZ verzekerd voor het risico van ziektekosten die individueel onverzekerbaar zijn. De AWBZ dekte een ruim pakket aan diensten: persoonlijke verzorging, verpleging, assistentie, behandeling, verblijf in een instelling. De assistentie omvat zowel dagopvang in groepen als persoonlijke (individuele) assistentie. Door die assistentie moet de zorgbehoevende langer zelfstandig kunnen wonen (bijvoorbeeld hulp bij het organiseren van het huishouden of hulp bij administratie). De assistentie heeft ook tot doel om de deelname aan het maatschappelijke leven te verbeteren: wandelen, naar buiten gaan, enz. De AWBZ dekte zowel risico's van personen die meer langdurige zorg nodig hadden, als risico's van personen die minder zorgbehoevend zijn. Dit is mogelijk dankzij het mechanisme van de premies voor langdurige zorg en dankzij belastinggeld. De wetgeving over langdurige zorg is ingrijpend gewijzigd in 2014: de verantwoordelijkheid is hierbij verder gedecentraliseerd van het landelijke niveau naar het gemeentelijke niveau. Sinds 1 januari 2015 zijn de gemeenten verantwoordelijk voor jeugdzorg, werk en inkomen en zorg aan langdurig zieken en ouderen.

Globaal gezien heeft de nieuwe WLZ op 1 januari 2015 vier grote veranderingen doorgevoerd:

- Ondersteuning thuis is nu een taak voor de gemeente. Voorbeelden van ondersteuning thuis zijn counselling, dagopvang en verzorgingstehuizen. Die verantwoordelijkheid is in de wet op de maatschappelijke ondersteuning uit 2015 opgenomen (Wmo 2015).
- De gemeenten zijn nu ook verantwoordelijk voor alle jeugd zoals vermeld in de jeugdwet.
- Thuisverpleging en thuiszorg maken deel uit van het basispakket in de ziekteverzekering. Voorbeelden van thuisverpleging zijn het toedienen van geneesmiddelen en het bijstaan bij het douchen. Dit staat vermeld in de Wet op de Ziekteverzekering.
- De staat blijft verantwoordelijk voor de zorg voor personen die permanent intensieve verzorging of verregaand toezicht nodig hebben. Dit is de langdurige zorg uit de nieuwe

---

<sup>4</sup> De Wet langdurige zorg werd hoofdzakelijk beschreven met de hulp van Joost Broumels en Jolanda Verbiesen. De beschrijving van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is hoofdzakelijk afkomstig uit: Mot Esther, The Dutch system of long-term care, CPB document, nr. 204, 2010.

<sup>5</sup> De verantwoordelijkheid voor andere onderdelen van AWBZ zijn overgeheveld naar de gemeente en vallen nu onder de WMO (zie lager).

WLZ. Er zullen meer mogelijkheden bestaan om deze verzorging thuis te krijgen. Wie die zorg niet thuis wil krijgen, kan naar een zorginstelling gaan.

Een tweede Nederlandse wet die belangrijk is voor langdurige zorg, is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Deze wet is gekoppeld aan de sociale diensten en ze wordt uitgevoerd door de lokale raad. Ze regelt het verstrekken van ondersteuning en huishoudelijke zorg aan personen met een handicap, zorgbehoevende personen en ouderen. Deze wet heeft de verantwoordelijkheid voor het verstrekken van thuiszorg en ondersteuning thuis, hetzij in natura, hetzij met persoonsgebonden budgetten (PGB), overgedragen van de Staat naar de gemeenten.

De eerste stap in de decentralisering werd gezet in 2007, toen de thuiszorg van de AWBZ naar de Wmo overgeheveld werd. Op 1 januari 2015 (Wmo 2015) werd er een verdere stap gezet in de decentralisering, toen de gemeenten verantwoordelijk werden voor:

- het leeuwendeel van de jeugdzorg
- (persoonlijke) zorg en welzijn krachtens de Wmo
- langdurige zorg blijft gecentraliseerd, maar veel taken zijn gedecentraliseerd in de Wmo
- de wet over onderwijs
- de wet over deelname aan de arbeidsmarkt.

Sinds 1 januari 2015 krijgen minder mensen thuishulp op basis van de nieuwe Wmo 2015. In 2015 en in 2016 is er daarom voor de gemeenten extra geld beschikbaar in de vorm van huishoudelijke hulptoelagen (HHT). Die toelagen helpen om banen te redden in huishoudens. Ze helpen de gemeenten om cliënten uit de Wmo te steunen zodat ze thuishulp kunnen inkopen aan een lager tarief dan de werkelijke kostprijs. De thuishelper werkt bij een dienstverlener. Om een sterk personeelsbestand te ontwikkelen, moet aan de hand van de plannen voor de HHT bepaald worden wat er regionaal of lokaal nodig is om de werkgelegenheid te behouden en om de markt voor huishoudhulp verder te ontwikkelen. Hierbij moet worden beklemtoond dat deze wijzigingen uit 2015 niet specifiek samenhangen met de Wmo, maar dat ze verwijzen naar alle wetgeving die ertoe geleid heeft dat de gemeenten meer taken toegewezen krijgen.

De derde wet die van belang is voor de door de overheid gefinancierde langdurige zorg is de Zorgverzekeringswet, waarvan de activiteiten gecoördineerd worden door de ondernemingen uit de sector van de gezondheid. De zorgverzekeringswet regelt de gezondheidszorg en de

persoonlijke zorg thuis<sup>6</sup>.

Globaal gezien kan men dus zeggen dat de gemeenten nu grotendeels bevoegd zijn voor de uitvoering van de nieuwe wetgeving over de branche van de persoonlijke diensten, terwijl de landelijke overheid bevoegd blijft voor de wetgeving in deze branche. Het doel bestaat erin om te garanderen dat de voorwaarden voor het bereiken van de politieke doelstellingen (kwalitatief hoogstaande, toegankelijke en betaalbare zorg) vervuld zijn. Gelet op deze algemene verantwoordelijkheid komen veel specifieke verantwoordelijkheden op het microniveau terecht bij de privé zorgverstrekkers, die verantwoordelijk zijn voor het verstrekken van een kwalitatief hoogstaande zorg en voor een goed beheer van hun organisatie.

In 2012 gaf Nederland 3,8 % van zijn BBP uit aan langdurige zorg, het hoogste percentage in de EU<sup>7</sup>. De hervormingen die doorgevoerd worden, zijn een poging om de overheidsuitgaven terug te dringen, maar de decentralisatie wordt gecombineerd met een sterke inkrimping van de budgetten van de gemeenten voor activiteiten in de sociale sector<sup>8</sup>.

Ongeveer 1 miljoen Nederlandse huishoudens kopen privé gefinancierde persoonlijke diensten voor gebruik in of rond het huis in, waardoor er 272 miljoen werkuren aangeboden worden en waardoor er jaarlijks 2,5 miljard euro aan die diensten uitgegeven wordt. Die uitgaven omvatten zowel de individuele uitgaven van de huishoudens als de uitgaven van derden zoals de overheid. Dit houdt in dat een huishouden gemiddeld 196 uur diensten per jaar inkoopt. Een groot deel van dit werk (95 %) valt wettelijk gezien onder de Regeling Dienstverlening aan Huis, wat inhoudt dat deze dienstverlening geen werkgever-werknemer-relatie doet ontstaan, zolang de duur van de dienstverlening vier werkdagen niet overschrijdt.

Tot slot moet ook worden opgemerkt dat de kinderopvang een privésector is. De ouders hebben echter wel recht op een kinderopvangtoeslag die een deel van de uitgaven voor kinderopvang vergoedt rekening houdend met het aantal werkuren en het inkomen van het huishouden.

## 1.2. Structureel kader, financiering en betrokken actoren

Terwijl de WLZ zowel zorg thuis als zorg in instellingen dekt, is de langdurige zorg hoofdzakelijk een verantwoordelijkheid van de centrale overheid. Er zijn 32 regionale zorgkantoren aangeduid die met overheidsgeld zorg inkopen. Mensen die langdurige zorg krijgen, krijgen dus te maken met die zorgkantoren. Sinds 1 januari 2015, toen de zorg terechtkwam onder het jeugdrecht, is dit een verantwoordelijkheid van de gemeente. Die zorgkantoren zijn meestal onderafdelingen

---

<sup>6</sup> EEPO, 2015.

<sup>7</sup> In 2007 bedroegen de uitgaven voor de AWBZ ongeveer 22 miljard euro (4 % van BBP). Bron: Mot Esther, 2010.

<sup>8</sup> EEPO, 2015.

van de toonaangevende ziektekostenverzekeraar in een bepaalde regio<sup>9</sup> en hebben geen eigen budget (behalve voor administratieve kosten). Zorgverstrekkers worden op basis van de overeenkomsten met de inkopende kantoren rechtstreeks betaald uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). De inkopende kantoren lopen dus geen financieel risico als ze zorg inkopen. Zoals hierboven beschreven is, is de zorgverstrekking (met de Wmo in de versies van 2007 en 2015) sterk gedecentraliseerd van het landelijke niveau naar het gemeentelijke niveau.

De tarieven voor institutionele zorg zijn gereguleerd, terwijl de prijzen voor thuiszorg uit de onderhandelingen tussen de inkopende kantoren en de dienstverleners resulteren. Institutionele zorgverstrekkers moeten non-profit-organisaties zijn, terwijl de markt van de thuiszorg ook voor commerciële bedrijven toegankelijk is.

Gemeenten en NGO's (vb. verzekeringsmaatschappijen) kunnen binnen die algemene limieten specifiekere criteria bepalen en ze zijn verantwoordelijk voor de organisatie van het systeem. De Nederlandse regering bepaalt met deze regeling een kader waarbinnen de gemeenten en autonome kantoren hun eigen regels kunnen uitwerken. De zelfstandige kantoren "beheren" de thuisverzorging en de persoonlijke diensten, de gemeenten regelen de huishoudelijke hulp. Vóór de hervorming van 1 januari 2015 bevatte de Wet Maatschappelijke Ondersteuning een algemene beschrijving van de verantwoordelijkheden van de gemeenten. Ze verplichtte de gemeenten ook ertoe om elke vier jaar een visie over maatschappelijke ondersteuning, inclusief huishoudelijke hulp, op papier te zetten. De gemeenten beslissen over selectiecriteria en prijzen van diensten alsook over de exacte diensten die met overheidsgeld gefinancierd zullen worden. De bevoegde Nederlandse overheid bepaalt maximumprijzen voor persoonlijke diensten en voor thuisverzorging; het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) bepaalt de exacte selectiecriteria binnen de richtlijnen van de regering.

Sinds de hervorming van 1 januari 2015 is de rol van het CIZ uitsluitend vastgelegd in de WLZ en niet langer in de Wmo uit 2015. Die laatste bevat een duidelijke definitie en verschilt van de WLZ. Indicaties voor deze domeinen gebeuren daarom afzonderlijk en zullen integraal worden uitgevoerd door de gemeenten of door het CIZ. De Wmo uit 2015 en de WLZ zijn het wettelijke kader voor de uitwisseling van gegevens tussen het CIZ en de gemeenten met het oog op het implementeren van deze wetten.

De financiering van het zorgstelsel is ten dele afkomstig van belastinggeld op basis van de WLZ en de Wmo en ten dele van verzekeringsgeld. Over het algemeen moeten mensen een deel van de kosten voor de zorg zelf betalen. Dit is de zogenaamde eigen bijdrage die geïnd wordt door het centraal administratiekantoor (CAK). Naast de openbare zorg is er ook de privé zorg.

---

<sup>9</sup> OECD, OECD Economic surveys: Netherlands 2012.



Nederland geeft 1 tot 5 % van zijn gezondheidsbudget uit aan thuiszorg. Omdat die thuiszorg niet altijd onder het systeem van de gezondheidszorg valt, zijn er qua percentage van het BBP grote verschillen vast te stellen tussen maatschappelijke thuiszorg en thuisverzorging. Voor thuiszorg gaat dit cijfer in Nederland tot 0,70 %. Nederland geeft relatief gezien (in % van het BBP) het meest uit aan thuiszorg.

Op lange termijn wordt de financiering van de langdurige zorg een probleem. De uitgaven voor langdurige zorg (WLZ) bedroegen in 2013 28,5 miljard euro (AWBZ en Wmo huishoudelijke hulp). Het politieke debat concentreert zich momenteel op het inperken van de rechten van de meest kwetsbare personen en van de meest noodzakelijke diensten binnen de WLZ. Wie meer verdient, moet zelf ook meer eigen bijdrage betalen.

Sinds begin 2010 wordt in verschillende gemeenten (Tilburg, Breda, Oisterwijk, Gorinchem)<sup>10</sup> geëxperimenteerd met een systeem van cheques, "Alfacheques" genaamd. Personen die voor een zorgbehoevende werken en hem in het huishouden helpen, worden "alfahulpen" genoemd. De gemeenten verstrekken in dat geval geen hulp in natura meer, maar cheques waarmee de betrokken persoon recht heeft op diensten in het kader van de Wmo. Naargelang van de persoonlijke situatie van de begunstigde bepaalt de gemeente het aantal uren en cheques die de begunstigde krijgt. Het persoonlijke budget dat toegewezen wordt, wordt rechtstreeks op de bankrekening van de begunstigde overgeschreven. Met die cheques kunnen de begunstigten zich dan laten ondersteunen door een persoon die ze zelf kiezen. Een cheque van 12,80 euro kan ingeruild worden tegen één uur huishoudelijke hulp. Dit bedrag omvat al de vakantietoelage en betaling van vakantie-uren. Het is mogelijk dat de begunstigten rekening houdend met hun inkomen een bijdrage moeten betalen per cheque. Als gevolg hiervan kunnen gemeenten in vergelijking met diensten die in natura aangeboden worden, 5 tot 6 euro per uur sparen omdat de alfawerkers vrijgesteld zijn van alle sociale bijdragen. De alfacheques geven de gemeenten een betere controlemogelijkheid omdat de cheques alleen maar gebruikt kunnen worden om de diensten van een alfawerker te betalen. Het feit dat de begunstigten nadien moeten bewijzen hoe ze hun persoonlijk budget benut hebben, zorgt zowel bij gebruikers als bij de overheid voor een grotere administratieve belasting. Tevens genieten de alfawerkers niet de reguliere rechten en voordelen. Een laatste, maar toch erg belangrijk punt: de inzet van alfawerkers is de manier om de budgetten voor langdurige zorg terug te dringen.

Een manier om de uitbouw van een sterk personeelsbestand te ondersteunen, bestaat erin te vermijden dat er te veel gebruik gemaakt wordt van alfastructuren voor huishoudelijke hulp. De alfawerkers zijn niet in dienst bij een verstrekker van huishoudelijke hulp, maar bij de gebruiker zelf. De arbeidsrelatie valt onder de regeling voor "thuisdiensten" en het is dus van essentieel belang dat de voorwaarden voor die regeling nageleefd wordt. Dit houdt ook in dat bij eenzelfde

---

<sup>10</sup> EFSI, White book on personal and household services in ten EU Member States, 2013.

cliënt niet meer dan drie dagen per week gewerkt mag worden omdat de cliënt geen sociale bijdragen dient te betalen en dus zijn de helpers niet verzekerd zoals reguliere werknemers en ze zijn niet verzekerd tegen invaliditeit.

## 2. KWALITEIT VAN HET WERK EN DE WERKGELEGENHEID

### 2.1. Carrière en werkzekerheid

#### 2.1.1. Beroepsstatus

Nederland heeft ongeveer 16,9 miljoen inwoners. In 2012 had het land een werkende bevolking van 7,9 miljoen burgers (15 tot 65 jaar oud), wat overeenstemt met ongeveer 67,2 %.<sup>11</sup> In 2012 waren er 132.000 personen actief in de zorg voor ouderen en de zorg voor personen met een beperking; zij werkten in 2.055 instellen. In 2011 werken er in totaal 1.348.900 personen in de sector van de gezondheidszorg en de maatschappelijke zorg. De cijfers over werkgelegenheid in de verschillende takken: geestelijke gezondheidszorg 88.000, zorg voor personen met een beperking 161.000, thuiszorg 193.000 en sociale diensten 72.000 banen (in totaal 514.000)<sup>12</sup>.

Er wordt verwacht dat de toenemende vraag naar thuiszorg zich in de komende jaren doorzet. Het aantal banen kan in deze branche zeker nog verder toenemen, vooral voor hoger opgeleide werknemers. Een grote meerderheid van de werknemers zijn vrouwen en de publieke opinie is vaak van mening dat werk in de thuiszorg geen echt beroep is.

Het aanbod is over het algemeen te klein voor de vraag, vooral door het gebrek aan opgeleide werknemers, door het grote verloop en ook door te gering gebruik van nieuwe technologieën bij het ontwikkelen van nieuwe diensten en bij het op elkaar afstemmen van vraag en aanbod.

#### **Contractuele band tussen werkgever en werknemer**

Wanneer ouderen of personen met een beperking werknemers in dienst nemen om maximaal drie dagen per week voor het huishouden te zorgen, dan is die overeenkomst onderworpen aan de regeling inzake huishoudelijke hulp uit 2007.<sup>13</sup> Daarom zijn personen die werknemers onder deze voorwaarden in dienst nemen, vrijgesteld van alle sociale bijdragen of belastingen en van vergunningen bij ontslag en administratieve verplichtingen. Ze kunnen dan gebruik maken van het persoonsgebonden budget (PGB) dat ze van de gemeente gekregen hebben, om het loon

---

<sup>11</sup> Cedefop, Netherlands - VET in Europe – Country report, 2013. Ter vergelijking: in 2014 had Nederland een werkende bevolking van 7,2 miljoen personen; dit is ongeveer 65,7 % (Bron: Nederlandse statistiek - CPB).

<sup>12</sup> Eurofound, More and better jobs in home-care services, 2013.

<sup>13</sup> EFSI, 2013, ibid.

van de werknemer te betalen.

Het loon van de werknemers moeten minstens beantwoorden aan de nationale minimumlonen en de werknemers hebben recht op 8 % vakantietoeslag en vier weken betaald verlof. Ze krijgen niet de voordelen uit traditionele arbeidsovereenkomsten zoals een deelname aan pensioenfondsen, een uitkering bij werkloosheid en een verzekering bij arbeidsongeschiktheid.

Omdat ouderen vaak niet weten welke verantwoordelijkheden ze als werkgever hebben, is deze contractuele relatie geschikt voor personen die de rol van werkgever op zich kunnen nemen.

Over de kwaliteit van de diensten die thuis verleend worden: de huishoudelijke hulptoelagen (HHT) en de voorwaarde dat deze alleen gebruikt kunnen worden voor reguliere werknemers, zullen de inzetbaarheid van de betrokken werknemers verbeteren. Toch geven de gemeenten er nog steeds de voorkeur aan om voor dienstverlening thuis de alfa-constructie aan te houden, bijvoorbeeld via het PGB of via algemene bepalingen. Die voorkeur laat een spanning ontstaan tussen de wens om zo veel mogelijk zorg te bieden en de principes van fatsoenlijk werk.

### **Bestaan van een collectieve overeenkomst**

Werknemers van zorgbedrijven en bedrijven voor onderhoud of huishoudelijk werk profiteren van een collectieve overeenkomst die voor hun branche is afgesloten. Hun arbeidsvoorwaarden zijn hierdoor gunstiger dan die uit het gewone Nederlandse recht. Dit is niet het geval als men persoonlijke diensten aanbiedt: dan valt men niet onder de collectieve overeenkomst.<sup>14</sup> Zij moeten met de persoon die hen in dienst neemt, een overeenkomst afsluiten over hun loon en over hun arbeidsvoorwaarden. Deze werknemers hebben recht op een loon dat minstens gelijk is aan het wettelijke minimumloon. Privé ondernemingen kunnen hun diensten aan een duidelijk hoger uurloon aanbieden omwille van de sociale bijdragen. Het is op dit ogenblik interessanter om iemand in dienst te nemen zonder hem of haar aan te melden. Dit is ook in het belang van de werknemer want het loon is zo hoger dan het nettoloon dat na melding bij de belastingdienst overblijft.

De vakbonden FNV en CNV Vakmensen hebben met de werkgeversorganisatie OSB in 2014 een collectieve overeenkomst voor de schoonmaakbranche, met inbegrip van privéwoningen, afgesloten.<sup>15</sup> Deze overeenkomst is echter alleen van toepassing op schoonmaakpersoneel dat via kantoren werkt. Op werknemers die rechtstreeks in dienst zijn bij een privé huishouden, is de overeenkomst niet van toepassing.

Deze collectieve arbeidsovereenkomst is zowel van toepassing op werknemers uit de thuiszorg

---

<sup>14</sup> Kergueris J., Services à la personne : bilan et prospective, Rapport d'information, Franse Senaat, 2010.

<sup>15</sup> EFFAT, Promote industrial relations in the domestic work sector in Europe, final report, 2015.

als op werknemers uit de jeugdzorg.<sup>16</sup>

- De collectieve overeenkomst over thuiszorg bevat afspraken over lonen, betaling van overuren, arbeidstijden, vakantie- en verlofregelingen, opleiding en bijscholing. Ze had vooral tot doel om een minimum uurloon vast te leggen voor werknemers die bij cliënten thuis gaan poetsen. Zo vermijden we een verdere daling van de lonen in deze branche. Tot slot zijn de partijen een minimumloon van 10 euro per uur overeengekomen. De sociale partners beseffen echter ook dat gemeenten over het algemeen een vergoeding van minder dan 10 euro voorzien als ze de voorwaarden voor de openbare aanbesteding vastleggen.
- De collectieve overeenkomst in de jeugdzorg liep op 1 januari 2015 ten einde en er is door problemen in het onderhandelingsproces nog geen nieuwe overeenkomst tot stand gekomen.

### **Aard van de werkgever**

Er zijn in Nederland geen zorgverstrekkers die tot de overheid behoren. Alle aanbieders zijn privé aanbieders, nl. non-profit-organisaties (grote meerderheid) of commerciële organisaties.

De verantwoordelijkheden en plichten van de zorgverstrekkers en de arbeidstijdsduur worden in formele overeenkomsten vastgelegd.

Wat zwartwerk betreft: het percentage Nederlanders uit de leeftijdscategorie van 15 tot 64 jaar dat in het zwart werkt<sup>17</sup> schommelde in de periode van 2007 tot 2011 tussen 8 en 10 % van het BBP<sup>18</sup>. In 2012 was zwartwerk goed voor 9,1 % van het BBP GDP<sup>19</sup> en proportioneel verandert er niets.

Volgens de Europese waarnemingspost voor het werkgelegenheidsbeleid EEPO bestaat het zwartwerk in Nederland hoofdzakelijk uit werk voor privépersonen: kleine klusjes, korte periodes en geringe vergoeding. Die beschrijving zou kunnen passen bij het verstrekken van persoonlijke diensten en dit wordt ondersteund door het feit dat de hoeveelheid zwartwerk in de branche van de persoonlijke diensten in Nederland relatief hoog ingeschat wordt: ongeveer 28 tot 40 % van het werk in de branche van de persoonlijke diensten is zwartwerk. Toch zijn er aanwijzingen dat dit soort werk geen alternatief is voor een reguliere baan, maar dat dit voor de betrokkene

---

<sup>16</sup> EEPO, 2015.

<sup>17</sup> De Europese Commissie definieert zwartwerk als: "betaalde werkzaamheden die op zichzelf wettig zijn, maar niet aan de overheid worden gemeld" (Europese Commissie, 2007).

<sup>18</sup> Nederlandse statistieken, CBS, oktober 2012.

<sup>19</sup> Schneider F., The shadow economy in Europe, 2013.

eerder wat zakgeld is.<sup>20</sup>

De belangrijkste instelling die in Nederland de strijd met zwartwerk aanbindt, is de Inspectie SZW, die deel uitmaakt van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.<sup>21</sup> Sinds 1 januari 2013 is er een nieuwe wet van kracht die zware sancties oplegt bij schendingen van het arbeidsrecht en de wetgeving inzake sociale zekerheid: de Wet Aanscherping en Handhaving Sanctiebeleid (WAHS). Deze wet heeft tot doel om meer dossiers uit het strafrecht te halen en administratief af te handelen (door middel van geldboetes, waarschuwingen). Op basis van de nieuwe wet resulteert het combineren van zwartwerk met een werkloosheidsuitkering in zeer hoge boetes en de mogelijke vermindering en/of terugbetaling van de uitkering. Werkgevers die illegale migranten aan het werk zetten, riskeren boetes tot 36.000 euro per illegale werknemer en/of het sluiten van de onderneming. Diezelfde boetes gelden bij schending van de wet op de minimumlonen (WML), de Wet Arbeid Vreemdelingen (WAV) en de Wet Allocatie Arbeidskrachten door Intermediairs (WAADI). Het risico dat een uitzendkantoor bij een eerste overtreding loopt, loopt op tot een boete van 12.000 euro per tewerkgestelde persoon. Bij de volgende overtreding wordt die boete verdubbeld.

Wat informele zorgverlening betreft: de informele zorgverleners (familie en vrienden) blijven de belangrijkste zorgverleners.<sup>22</sup> In de meeste lidstaten van de EU verstrekken zij gemiddeld 60 % van de totale zorg die nodig is.<sup>23</sup> In Nederland is dit percentage dankzij het dichte netwerk aan beschikbare diensten lager dan in andere landen. Bettio en Plantenga zeiden hierover: *“In Nederland wordt het gezin inderdaad als “natuurlijke” zorgverlener voor kinderen beschouwd, maar moet de staat volgens de bevolking zorgen voor de ouderen.”*<sup>24</sup> In 2007 verstrekten er 3,5 miljoen burgers informele zorg aan zorgbehoevende personen, maar slechts ongeveer de helft van hen deed dit gedurende vrij lange en intensieve periodes.<sup>25</sup> Er zijn geen voordelen voor die informele zorgverleners of mantelzorgers, maar hiervoor kan gebruik gemaakt worden van de persoonsgebonden budgetten.<sup>26</sup> Het persoonsgebonden budget kan immers zowel besteed worden aan professionele zorg als aan mantelzorg.<sup>27</sup> Op basis van de Wmo krijgen lokale raden een mandaat om mantelzorgers te ondersteunen, hetzij door het organiseren van rechtstreekse

---

<sup>20</sup> EEPO, 2015.

<sup>21</sup> Renooy P., Labour inspection strategies for combating undeclared work in Europe: the Netherlands, REGIOPLAN, 2013.

<sup>22</sup> EU Expert Group on Gender and Employment (EGGE), Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries, Fondazione G. Brodolini, EU, 2010.

<sup>23</sup> European Observatory on Health Systems and Policies, Home care across Europe: current structure and future challenges, WHO, 2012.

<sup>24</sup> Mot E., 2010, ibid.

<sup>25</sup> Mot E., 2010, ibid.

<sup>26</sup> ENEPRI, Informal care provision in Europe: Regulation and profile of providers, Research report n°96, 2011.

<sup>27</sup> ENEPRI, 2010.

ondersteuning (advies) of door het financieren van organisaties die hen steunen. Bovendien kan de zorg overdag en 's nachts gefinancierd worden vanuit de AWBZ.

## **Migranten aan de slag**

Migranten in de zorg worden over het algemeen beschouwd als mensen die in het buitenland geboren zijn, als migranten van de eerste generatie. Ze worden vaak slecht betaald, ze werken in het zwart, ze betalen geen sociale bijdragen en ze betalen geen belastingen.

Tot nog toe was Nederland een uitzondering binnen Europa: de aanwezigheid van migranten in de zorg die verstrekt wordt in instellingen en in huishoudens, is beperkt. De recent ontstane markt voor migranten die als zorgverstrekker in het huishouden inwonen,<sup>28</sup> is echter een fenomeen dat steeds vaker gezien wordt als een mogelijke toekomstige evolutie voor migranten die in de zorg werken.<sup>29</sup>

Binnen de nieuwe inspectie SZW heeft de directie Arbeidsmarktfraude hierbij een specifieke rol te spelen. Ze is verantwoordelijk voor het naleven van de Nederlandse wetgeving, hoofdzakelijk van de Wet Arbeid Vreemdelingen (WAV) die het werkgevers en burgers verbiedt om personen aan te werven die niet over een geldige arbeidsvergunning beschikken.

Ook vakbonden spelen hierin een belangrijke rol. Zij fungeren als partner van de regering bij het voorkomen en bestrijden van zwartwerk en bij het bevorderen van fatsoenlijke lonen en arbeidsvoorwaarden voor werkende migranten, die beantwoorden aan de ondertekende collectieve overeenkomsten en aan de WAGA. De Nederlandse vakbonden (Abvakabo en FNV Bondgenoten) ondersteunen ook op actieve wijze de strijd van de Nederlandse werknemers voor fatsoenlijke arbeidsvoorwaarden.

Ook de organisaties van de werkgevers spelen hierin een actieve rol, vooral in de branche van de uitzendkantoren. Collectieve overeenkomsten zijn, vooral als ze over lonen en over andere arbeidsvoorwaarden gaan, erg belangrijke instrumenten bij het voorkomen en bestrijden van zwartwerk en bij het bevorderen van fatsoenlijke lonen en arbeidsvoorwaarden voor werkende migranten.<sup>30</sup>

### 2.1.2. Inkomen en sociale bescherming

De Wet Minimumloon en Minimumvakantiebijslag (WML) houdt de verplichting in om aan elke

---

<sup>28</sup> Centre of expertise for informal care, Live-in migrant care workers in the Netherlands: an exploration of the field, 2014.

<sup>29</sup> Da Roit B., van Bochove M., Migrant workers in long-term care in the Netherlands from a comparative perspective: a literature review, Centre of expertise for Informal Care, 2014.

<sup>30</sup> Regioplan, Labour inspection strategies for combatting undeclared work in Europe: the Netherlands, 2013.

legaal aangeworven persoon het wettelijke minimumloon en de minimumvakantiebijslag te betalen. De wet bepaalt geen wekelijkse arbeidsduur. De gebruikelijke wekelijkse arbeidsduur is 36, 38 of 40 uren. In 2015 bedroeg het minimumloon op basis van een werkweek van 40 uur 1.501,80 € per maand, 346,55 € per week, 69,31 € per dag en 8,66 € per uur.<sup>31</sup> Als de werknemer nog geen 23 jaar is, is het minimumloon lager. In die lonen zit al belasting, nl. ca. 30 % van het loon, dus de werknemer ontvangt ongeveer twee derde van deze bedragen.<sup>32</sup>

In 2013 lag de mediaan van de bruto maandlonen op 3540,90 €.<sup>33</sup> Dit bedrag omvat de hele vergoeding in natura en in geld voor elke afhouding van belastingen en van sociale bijdragen. De loonmediaan houdt rekening met de hele vergoeding, de vergoeding voor niet gewerkte tijd, bonussen en gratificaties die de werkgever aan de werknemer betaalt. In de meeste landen worden lonen uitgedrukt in een bedrag voor een voltijdse werknemer om de cijfers los van het aantal werkuren en het aandeel voltijdse / deeltijdse werknemers internationaal met elkaar te kunnen vergelijken. In de branche van de persoonlijke diensten schommelen de lonen tussen 2.200 euro en 2.600 euro.<sup>34</sup>

Qua sociale bescherming onderwerpt de Nederlandse wet iedere inwoner aan de sociale zekerheid. Ook wie werkt en inkomstenbelasting betaalt, is verzekerd. Werknemers zijn bij wet verzekerd met een werknemersverzekering (uitkering bij werkloosheid, uitkering bij handicap).

Naast die sociale voorzieningen trekt Nederland een ontoereikend gezinsinkomen in bepaalde omstandigheden op tot het bestaansminimum. Dit geldt voor de Toeslagenwet (TW), de Wet Arbeidsongeschiktheidsvoorziening voor Jonggehandicapten (Wajong), de Wet Inkomensvoorziening Oudere en gedeeltelijk Arbeidsongeschikte Werkloze werknemers (IOAW), de Wet Inkomensvoorziening Oudere en gedeeltelijk Arbeidsongeschikte Zelfstandigen (IOAZ), de Wet Investeren in Jongeren (WIJ), de Aanvullende Inkomensvoorziening Ouderen (AIO) en de Wet Werk en Inkomen Kunstenaars (WWIK).<sup>35</sup> Langdurig werklozen vallen onder de Wet Werk en Bijstand (WWB).

### 2.1.3. Rechten van de werknemers

#### **Recht op collectieve onderhandelingen**

De Sociaal-Economische Raad van Nederland (SER) specificeert dat de Wet op de Collectieve

---

<sup>31</sup> Nederlandse regering, <http://www.government.nl/>

<sup>32</sup> Loonindicator Nederland 2015, <http://www.wageindicator.org/main/salary/minimum-wage/netherlands>.

<sup>33</sup> Bron: UNECE.

<sup>34</sup> <http://www.wageindicator.org/main>

<sup>35</sup> Regioplan, 2013, ibid.

Overeenkomsten<sup>36</sup> (de Wet AVV) “de regering de mogelijkheid biedt om bepalingen van collectieve arbeidsovereenkomsten algemeen verbindend te verklaren binnen een branche om zo de ondernemingen af te dekken die geen deel uitmaken van een werkgeversorganisatie die de betrokken collectieve overeenkomst heeft afgesloten. De collectieve overeenkomst is dan in principe van toepassing op de hele branche.”<sup>37</sup>

De Wet AVV bepaalt dat de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid bepalingen uit overeenkomsten die in een branche door werkgevers en werknemers gesloten zijn, algemeen verbindend mag verklaren op voorwaarde dat de Minister van mening is dat deze regels van essentieel belang zijn voor een meerderheid van de werknemers uit de betrokken branche.<sup>38</sup> Dit wordt geïllustreerd door de collectieve arbeidsovereenkomst voor uitzendkrachten, die voor de periode van 2012 tot 2017 onderhandeld en overeengekomen werd.

De Regeling Dienstverlening aan huis bevat bepalingen waardoor een werkgever geen sociale bijdragen of belastingen hoeft te betalen als de huishoudhulp maximaal drie dagen per week komt werken. De werknemer is verantwoordelijk voor het betalen van sociale bijdragen en voor het aangeven van zijn inkomsten aan de belastingdienst (huishoudpersoneel komt niet automatisch in het systeem van de sociale zekerheid terecht).<sup>39</sup>

De regeling voorziet ook een maximum van zes weken voor ziekteverlof, terwijl de norm twee jaar is in Nederland. Deze regels ondersteunen inderdaad een informele arbeidsrelatie, waarbij het werk niet gemeld wordt en waarbij zelfs de minimumrechten van dit huishoudpersoneel niet worden nageleefd.

### **Vertegenwoordiging van huishoudpersoneel**

Betaald huishoudelijk werk is in Nederland vooral een informeel gebeuren en het werd over het algemeen niet beschouwd als een branche waarin werknemers voltijds werken. Als dusdanig is het één van de weinige domeinen waarin veel migranten werk vinden (vooral als ze illegaal in het land zijn).

De vakbond FNV beschouwt die werknemers als een belangrijke groep werkkrachten en biedt hen een lidmaatschap aan zonder rekening te houden met hun wettelijke verblijfsstatus. Binnen de schoonmaakbranche van FNV zijn nu illegale migranten georganiseerd die illegaal in het land zijn en die deel uitmaken van verschillende groepen voor migranten (zelfhulpgroepen waarvan sommige zich als vakbonden bestempelen, maar zonder bij de officiële Nederlandse

---

<sup>36</sup> Voluit: Wet op het algemeen verbindend en het onverbindend verklaren van bepalingen van collectieve arbeidsovereenkomsten

<sup>37</sup> Sociaal-Economische Raad (SER), Universal applicability of collective agreements, [www.ser.nl](http://www.ser.nl)

<sup>38</sup> Regioplan, 2013, *ibid.*

<sup>39</sup> EFFAT, 2015.



vakbondsstructuren aangesloten te zijn). Een van die groepen is de vakbond van werknemers van Indonesische afkomst, die ongeveer 400 leden telt. Andere groepen zijn de United Migrant Domestic Workers (UMDW), Otradela, Filipino Migrants in Solidarity (FILMIS) en groepen met migranten uit India en Ghana. Sommige van die groepen zijn ook aangesloten bij het RESPECT Netwerk in Nederland, dat illegale migranten steunt die als huishoudhulp werken.

De verschillende groepen werknemers uit de huishoudhulp zitten in het "cleaners' committee" van FNV en ze hebben een "organisatiecomité" gevormd. Ze houden een campagne met het oog op de ratificering van de ILO-Conventie nr. 189 door de Nederlandse regering. Dit zou een hervorming van de branche van de huishoudhulp in Nederland inhouden zodat die werknemers dezelfde rechten krijgen als andere werknemers.

## 2.2. Ontwikkeling van vaardigheden en professionalisering

De ambulante zorg is in Nederland een branche waar de vraag naar kwaliteit en vaardigheden toeneemt.

Het antwoord op de vraag welke vaardigheden relevant zijn voor de toekomst, wordt door vele fenomenen beïnvloed, in het bijzonder door het verschuiven van zorg van inrichtingen naar het huis van betrokkene, het gebruik van nieuwe technologieën en van andere diagnosetechnieken.

De moderne gezondheidsprofessional werkt in meerdere zorgdomeinen en in meerdere settings en hij of zij is breed inzetbaar. Zijn of haar belangrijkste vaardigheid: kunnen "de-escaleren". De professionele aandacht moet altijd erop gericht zijn om de burger zo autonoom mogelijk te laten functioneren in zijn eigen omgeving. Dus na een behandeling, een chirurgische ingreep of een overname van een functie concentreert men zich op de terugkeer van de burger naar zijn eigen woning of omgeving.

Voor de kwalificaties van zorgverstrekkers en huishoudelijke hulp bestaan er in Nederland onderwijsnormen. Hun opleiding duurt drie tot vier jaar. Verpleegkundigen moeten zich telkens opnieuw laten certificeren, wat gepaard gaat met bijkomende opleiding, of ze moeten elke paar jaar een test afleggen. Een specialisering (of een post-universitaire opleiding) is mogelijk om als gespecialiseerd verpleegkundige te kunnen werken.

Qua opleiding: er is geen nationaal opleidings- of bijscholingsbeleid voor persoonlijke diensten in het huishouden in het algemeen, maar er zijn wel enkele initiatieven voor lokale ontwikkeling bij het leveren van persoonlijke diensten. Zo kunnen 55-plussers in Tilburg gebruik maken van de "WoonZorgService in Wijk" (WZSW<sup>40</sup> met behulp van "dienstencheques"). Dit initiatief combineert ondersteuning voor ouderen met een middel om werklozen opnieuw op de

---

<sup>40</sup> Woonzorgservice in de wijk (WZSW), <http://www.wzsw.nl>

arbeidsmarkt te brengen. Na een opleiding kan de werkloze zich dan als zelfstandige vestigen in de sector van de persoonlijke woonzorg. Gemeenten mogen voor dit soort lokale initiatieven gebruik maken van de financiële middelen uit de budgetten (sociaal en werkloosheid) waarover ze beschikken. Het Ministerie van Arbeid en Sociale Zaken heeft belangstelling getoond voor het landelijk uitbouwen van deze initiatieven door commerciële bedrijven.

In Nederland heerst er binnen de branche van de thuiszorgdiensten een tekort aan personeel. Er wordt verwacht dat dit tekort op lange termijn zal toenemen, vooral voor hoger opgeleiden.

Momenteel zijn de tekorten in de ambulante gezondheidszorg volgens Eurofound relatief klein (vooral op kwalificatieniveau 3, d.i. middelbaar beroepsonderwijs en voor enkele specifieke beroepen), maar in de komende jaren zullen die tekorten waarschijnlijk toenemen, vooral bij de hoger opgeleiden. Door het besparingsbeleid van de regering zal er enerzijds te veel personeel zijn in welzijnsgelateerde maatschappelijke zorg en anderzijds te weinig personeel in de gezondheidszorg. Eurofound concludeert dat werkgevers steeds meer opleiding, vaardigheden en competenties vragen van hun werknemers uit de woonzorg en dat dit vooral voortvloeit uit het feit dat zij steeds meer een coördinerende rol moeten spelen.<sup>41</sup>

Bovendien maken hoge werkloosheidscijfers de branche aantrekkelijker, terwijl een sterkere klemtoon op arbeidsmarktmaatregelen erin kan slagen het aantal aanwervingen te laten stijgen.

In die zin is de Nederlandse innovatieve strategie om werknemers aan te trekken en aan de branche te binden, het vermelden waard: *het gebruik van telezorg*. Met videonetwerken kunnen cliënten en verstrekkers van thuiszorg contact met elkaar opnemen via een camera en een scherm. Men kan op elk ogenblik van de dag of de nacht contact opnemen met de zorgverlener. Er werd verwacht dat dit het gevoel van veiligheid en autonomie bij de cliënten zou verbeteren en het was de bedoeling dat dit thuisbezoeken door zorgverleners gedeeltelijk zou vervangen.<sup>42</sup>

### 2.3. Gezondheid en welzijn

De Inspectie SZW zet zich voor eerlijke, gezonde en veilige arbeidsvoorwaarden en voor socio-economische zekerheid voor iedereen.<sup>43</sup>

Studies tonen aan dat er redenen zijn om werk in de Nederlandse privézorg als precair werk te bestempelen. Werk in privé huishoudens wordt vaak niet bij de overheid gemeld.<sup>44</sup>

---

<sup>41</sup> Eurofound, More and better jobs in home-care services: the Netherlands, 2013.

<sup>42</sup> Europese Waarnemingspost voor gezondheidssystemen en gezondheidsbeleid, 2012, *ibid*.

<sup>43</sup> Inspectie SZW, <http://www.inspectieszw.nl/>

<sup>44</sup> European monitoring centre on change (EMCC), Regulation of domestic work, Netherlands, 2009.

Bijvoorbeeld<sup>45</sup>: iemand die drie dagen per week of minder huishoudelijk werk laat verrichten in zijn huis, hoeft geen sociale bijdragen te betalen en geen belasting af te houden. Hij heeft ook geen toestemming nodig om de werknemer te ontslaan. Verder stijgt het aantal (illegale) migranten op de (groeiende) markt voor zwartwerk.

Over het evenwicht tussen werk en leven zegt de Inspectie SZW dat de Arbeidstijdenwet en het Arbeidstijdenbesluit vastleggen hoeveel werknemers in een bepaalde periode mogen werken en wanneer ze een pauze of rust mogen nemen. Daarnaast zijn er in de zorg uitzonderingen op de werkuren.<sup>46</sup>

## 3. KWALITEIT VAN DE DIENSTVERLENING

### 3.1. Toegankelijke en betaalbare dienstverlening

Qua toegankelijkheid van diensten heeft Nederland geografisch een dicht thuiszorgnetwerk.

Potentiële gebruikers hebben in Nederland de keuze uit twee opties: uitkeringsystemen voor thuiszorg waar men kiest voor prestaties in natura of voor een uitkering in geld (ook persoonlijk zorgbudget genoemd). Dankzij die prestaties in natura of het persoonlijke budget kan elke Nederlander zelf de dienstverleners en zelfs het soort zorg bepalen, behalve wanneer er te weinig of zelfs helemaal geen dienstverleners zijn. Cliënten kunnen ook de kwaliteit van de zorg beïnvloeden aangezien ze de kans krijgen om te klagen.

De Europese Waarnemingspost voor gezondheidssystemen en gezondheidsbeleid wijst op tal van initiatieven die genomen zijn om ervoor te zorgen dat cliënten zich beter bewust zijn van de beschikbaarheid van diensten in de thuiszorg. Zo zijn er in de gemeenten bijvoorbeeld speciale informatiecentra opgericht en is er een landelijke website gecreëerd om mensen te informeren waar en hoe ze zorg kunnen aanvragen.<sup>47</sup>

Hierbij mag worden vermeld dat LOC Voice in Healthcare<sup>48</sup> de belangen van een groot aantal zorgbehoevende personen vertegenwoordigt. Die organisatie geeft ongeveer 600.000 cliënten een stem als het om gezondheidszorg en om het leven in het algemeen gaat.

Qua betaalbaarheid van de diensten wijst het AGE Platform op het principe van de universele

---

<sup>45</sup> Van Walsum S., The (Non)regulation of Domestic Work in the Netherlands, International seminar “Regulating decent work for domestic workers”, 29 maart 2010.

<sup>46</sup> SZW, [http://www.inspectieszw.nl/english/working\\_hours/](http://www.inspectieszw.nl/english/working_hours/)

<sup>47</sup> European Observatory on Health Systems and Policies, 2012, *ibid.*

<sup>48</sup> LOC Voice in Healthcare, [www.loc.nl](http://www.loc.nl)

toegang tot de diensten voor personen die zorg en ondersteuning nodig hebben. Deze diensten zouden gratis aangeboden moeten worden of aan een betaalbare prijs die de levenskwaliteit, de waardigheid en de keuzevrijheid van het individu niet in het gedrang brengt.<sup>49</sup>

Als we de huidige toestand bekijken, stellen we vast dat Nederland met een benuttingsgraad van 4,8 % van de bevolking één van de hoogste percentages inwoners met thuiszorg heeft.<sup>50</sup> Als we alleen naar 65-plussers in de EU kijken, heeft Nederland één van de hoogste cijfers. Die indicatoren wijzen op de relatieve "vrijgevigheid" van Nederland als het om thuiszorg gaat.

De behoefte aan thuiszorg wordt altijd beoordeeld door een onafhankelijk centrum, het Centrum Indicatiestelling Zorg of CIZ<sup>51</sup>, de enige uitzondering hierop vormt de huishoudelijke hulp waar de evaluatie door de gemeente gebeurt. Het CIZ bepaalt het soort zorg dat vereist is (zorg in een instelling of zorg thuis) en de hoeveel zorg waarop betrokkene recht heeft. Na de evaluatie heeft de gebruiker de keuze tussen zorg in natura en een uitkering (persoonlijk budget) die met 75 % van de kost van de zorg in natura overeenstemt. Deze uitkeringen zijn goed voor 11 % van de totale uitgaven.<sup>52</sup>

Omdat eigen bijdrages in de AWBZ afhankelijk zijn van het inkomen, gaat men niet ervan uit dat zorgbehoevende personen met zware financiële problemen te kampen hebben.<sup>53</sup>

Om de loyale concurrentie te verdedigen, heeft Nederland de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in het leven geroepen. Die organisatie garandeert de positieve effecten van concurrentie door te beletten dat er een monopolie ontstaat of dat dienstverleners of verzekeraars hun marktpositie misbruiken.

### 3.2. Allesomvattend karakter van de diensten

AGE Platform vindt dat diensten voor personen die zorg en ondersteuning nodig hebben, "op een geïntegreerde manier uitgewerkt en verstrekt zouden moeten worden die rekening houdt met de uiteenlopende behoeften, capaciteiten en voorkeur van de oudere en - voor zover nodig - van hun gezin en mantelzorgers en die tot doel heeft hun welzijn te verbeteren."<sup>54</sup> Maar nog belangrijker is het feit dat diensten voor alle personen die zorg en ondersteuning nodig hebben, makkelijk toegankelijk zouden moeten zijn. Er is nu een strategie uitgewerkt om systematisch informatie over de kwaliteit van de beschikbare diensten en dienstverleners te verspreiden bij

---

<sup>49</sup> AGE Platform Europe, 2010-2012, *ibid*.

<sup>50</sup> Europees Waarnemingspunt voor gezondheidssystemen en gezondheidsbeleid, 2012, *ibid*.

<sup>51</sup> Centrum indicatiestelling zorg (CIZ), [www.ciz.nl](http://www.ciz.nl)

<sup>52</sup> OECD Economic surveys: Netherlands 2012.

<sup>53</sup> De AWBZ wordt gefinancierd uit sociale bijdragen, belastinggeld en eigen bijdrages (Mot Esther, 2010, *ibid*).

<sup>54</sup> AGE Platform, WeDo quality principles, 2010-2012, *ibid*.

de gebruikers van de diensten en bij de informele zorgverstrekkers.<sup>55</sup> Een heldere vergelijking moet de gebruiker van de diensten helpen om met kennis van zaken een keuze te maken en de zorgverstrekkers ertoe aanzetten kwalitatief hoogstaande zorg aan te bieden. De Nederlandse Zorgautoriteit verplicht de organisaties om gegevens over kwaliteit en efficiëntie te vergaren en om hierover verslagen ter beschikking te stellen. Transparantie is één belangrijk aspect, maar het allesomvattende karakter van de diensten omvat ook de vraag of de regering een ruim gamma diensten en de uitbouw van geïntegreerde diensten (gezondheid en maatschappelijk) ondersteunt met een allesomvattende beoordeling van de behoeften en een aanpassing van de behoeften (voor zorg die op een persoon gericht is). De Nederlandse regering biedt dit soort ondersteuning niet, maar de gemeenten bieden die ondersteuning steeds vaker. Eindhoven maakt bijvoorbeeld gebruik van een klassement met sterren.<sup>56</sup>

### 3.3. Kwaliteit van de regeling

De Nederlandse gezondheidszorg heeft twee instanties voor accreditatie in het leven geroepen: één voor de accreditatie van ziekenhuizen (NIAZ) en één voor de harmonisatie van de kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector (HKZ). Die laatste ontwerpt procedures voor certificering en ze is een gezamenlijk initiatief van zorgverstrekkers, verzekeraars en cliënten.

De inspecties: bij een certificering in het kader van de HKZ beoordeelt een externe organisatie of het kwaliteitsbeheer van de organisatie beantwoordt aan de vooraf vastgelegde normen voor HKZ. Een instantie die aangeduid is door de Raad van Accreditatie (RvA) voert dit uit. De evaluatie is onderworpen aan strikte regels. Als de organisatie beantwoordt aan de normen, ontvangt ze een HKZ-certificaat. Dit certificaat blijft drie jaar geldig mits een tussentijdse test in de helft van de looptijd. De vernieuwing van de certificering vindt na drie jaar plaats.

Arbeidsinspecties hebben een algemeen mandaat om toe te zien op de naleving van de wetten en regelgeving in de branche van het huishoudelijk werk.

### 3.4. Kwaliteit van het beheer en organisatieniveau

Met het oog op de kwalitatieve beoordeling van thuiszorg beschikt Nederland over de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ)<sup>57</sup> die verantwoordelijk is voor het toezicht op de kwaliteit van de dienst. Thuiszorgkantoren zijn wettelijk ertoe verplicht om de kwaliteit van hun dienstverlening en de arbeidsvoorwaarden van hun personeel gedetailleerd op te volgen en te verbeteren alsook om aan de IGZ jaarlijkse verslagen te verstrekken. De Inspectie kan daarnaast audits uitvoeren.

---

<sup>55</sup> INTERLINKS, Quality management and quality assurance in LTC, European project INTERLINKS, 2010.

<sup>56</sup> <http://eindhoven.werksite.nl/loopbaanbegeleiding>

<sup>57</sup> De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), [www.igz.nl](http://www.igz.nl)

Tevens zijn de dienstverleners, professionals en gebruikers van de diensten overeengekomen dat ze gemeenschappelijke indicatoren willen hanteren die samen het Nederlandse Quality Framework for Responsible Care vormen (QFRC). Dit omvat meetbare indicatoren die tonen of de organisatie kwaliteit en verantwoorde zorg verleent. QFRC is van belang voor wie lid wil worden van ACTiZ, de Nederlandse organisatie van zorgondernemers.<sup>58</sup>

Op dit ogenblik nemen de meeste diensten die langdurige zorg voor ouderen aanbieden, deel aan een landelijke benchmark. Interlinks geeft aan<sup>59</sup> dat dit thema's omvat zoals het personeel (kwaliteit van het werk), de financiële prestatie, cliëntgerelateerde indicatoren (normen voor verantwoorde zorg), de dienstverlening, de tevredenheid van de werknemers en de resultaten op vlak van kwaliteit. Enkele methodologische vraagstukken zijn echter nog niet beantwoord. Dit geldt in het bijzonder voor de moeilijkheid om kwaliteit op het terrein om te zetten. De door te voeren verbeteringen zijn een verantwoordelijkheid voor de betrokken organisatie.

Daarnaast moeten we erop wijzen dat de tevredenheid van de cliënten over de kwaliteit van de dienstverlening blijft stijgen.

Sinds 1 januari 2015 anticiperen veel instellingen op besparingen en wijzigingen in regelgeving. Vooral in de huishoudhulp vallen veel ontslagen, maar ook elders zullen er banen verdwijnen. Verschillende dienstverleners geven nu aan dat de flexibele werkkrachten hun organisaties nu verlaten. De werknemers met tijdelijke overeenkomsten zijn ontslagen, er worden geen stagiairs in dienst genomen en de managementlaag is weg. Nieuwe ontslagen zullen de harde kern van de professionals treffen, te beginnen met de werknemers die als laatste aangeworven werden, dus te beginnen met heel veel jonge mensen.

Tegelijkertijd vereist het doel dat de nieuwe WMO nastreeft, een moderniseringsproces, er moet een stroom banen op gang komen en er moeten nieuwe banen met andere competenties ontstaan (vooral binnen de nieuwe "maatschappelijke teams" die de gemeenten organiseren om hun nieuwe taken uit te voeren). Vanuit dit perspectief hebben we op korte termijn een kwantitatief probleem, maar op lange termijn is er sprake van een kwalitatief statement.

---

<sup>58</sup> ACTiZ, [www.actiz.nl](http://www.actiz.nl)

<sup>59</sup> INTERLINKS, 2010, *ibid.*

## 4. CONCLUSIE

In Nederland is er een trend in de richting van decentralisering van verantwoordelijkheden in de persoonlijke diensten vast te stellen, ten dele om budgettaire redenen, maar ook om beter op de lokale bijzonderheden.<sup>60</sup> Eurofound stelt inderdaad vast dat het Nederlandse beleid zich erop heeft geconcentreerd om het niveau van de thuiszorg op te trekken en om de verantwoordelijkheid van het landelijke naar het lokale niveau over te hevelen. Nederland spant zich ook in om de vraag naar zorg in te perken, bijvoorbeeld door de klemtoon op preventie, zelfbeheer en informele zorg te leggen.<sup>61</sup>

De trend in de richting van de decentralisering is significant toegenomen sinds 1 januari 2015, toen de nieuwe WLZ en de Wmo 2015 van kracht werden. De nieuwe taken en verantwoordelijkheden van de gemeenten werden gedecentraliseerd en de budgetten werden sterk verminderd. Zo is het budget voor persoonlijke verzorging in de thuisomgeving nog maar 40 %!<sup>62</sup> Men verwacht dat veel van deze taken overgenomen zullen worden door het informele netwerk en via goedkopere contracten met zorgverlenende organisaties. De nieuwe wetgeving is nog maar recent van kracht geworden, dus de omvang en de impact ervan zijn nog niet volledig gekend.<sup>63</sup>

De Nederlandse regering ondersteunt de sector in 2015 en 2016, vooral via de huishoudelijke hulptoelagen (HHT). De daling van het budget voor lichte huishoudelijke hulp heeft tot gevolg dat er banen verdwijnen of dat banen van de openbare sector naar de privésector verschuiven.

Die veranderingen zijn echter ook een goede voedingsbodem voor innovatie.<sup>64</sup> Hoewel dit een premisse van de HHT is, gebruiken de gemeenten deze toelage in de praktijk nog steeds vooral om banen te vrijwaren. Dit helpt niet bij het realiseren van de doelstellingen van het nieuwe wettelijke kader.

Op dit ogenblik moet de klemtoon liggen op vernieuwing en op duurzame oplossingen, vooral bij de huishoudelijke hulp in de thuisomgeving. Dat zorgt voor nieuwe banen die, los van zorg, een ruim gamma ondersteuning omvatten. Er staan innovatieve ondernemers klaar, maar ze moeten begeleid worden naar een nieuwe markt om te vermijden dat werknemers ontslagen worden, waarvan later blijkt dat we ze hard nodig hebben.

---

<sup>60</sup> INTERLINKS, 2010, *ibid.*

<sup>61</sup> EUROFOUND, 2013.

<sup>62</sup> Verbiessen J., "One family-One plan" scheme - Municipality of Heusden, Practices on workforce development & service quality, Tweede regionaal seminarie van het Europese project For quality!, Brighton, 27 mei 2015.

<sup>63</sup> EEPO, 2015.

<sup>64</sup> Conclusies en aanbevelingen van: Broumels Joost, Rapporteur van de groepsdiscussie Nederland tijdens het Tweede regionaal seminarie van het Europese project For quality!, Brighton, 27 mei 2015.

De kwaliteit van de dienstverlening thuis kan verbeterd worden door te investeren in volgende vaardigheden:

- bevordering van zelfstandig functioneren / handelen (in plaats van behandelen)
- de-escalatie: de professionele activiteiten moeten geconcentreerd worden op mensen die in hun eigen omgeving autonoom of zo autonoom mogelijk functioneren
- gebruik en toepassing van nieuwe technologieën: eHealth, technologie in woningen en robotica
- netwerkvaardigheden, sociale vaardigheden en kennis van de context waarin problemen met prestaties optreden. Vooral binnen de context oplossingen trachten te vinden die nu nog nauwelijks gebruikt worden (opleiding, huisvesting, veiligheid, sportfaciliteiten en infrastructuur).



## 5. BIBLIOGRAFIE

- AGE Platform Europe, European Quality Framework for long-term care services, Principles and guidelines for the wellbeing and dignity of older people in need of care and assistance, European project WeDO, 2010-2012.
- Broumels Joost, Rapporteur of the Group discussion Netherlands, For quality! European project, Second regional seminar, Brighton, 27 May 2015.
- CEDEFOP, Netherlands - VET in Europe – Country report, 2013.
- Da Roit Barbara, van Bochove Marianne, Migrant workers in long-term care in the Netherlands from a comparative perspective: a literature review, Centre of expertise for Informal Care, 2014.
- EFFAT (European Federation of Food, Agriculture and Tourism Trade Union), Promote industrial relations in the domestic work sector in Europe, final report, 2015.
- EFSI (European Federation for Services to Individuals), White book on personal and household services in ten EU Member States, 2013.
- ENEPRI, The long term care system for the elderly in the Netherlands, Research report n°90, 2010.
- ENEPRI, Informal care provision in Europe: Regulation and profile of providers, Research report n°96, 2011.
- EU Expert Group on Gender and Employment (EGGE), Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries, Fondazione G. Brodolini, European Union, November 2010.
- EUROFOUND, More and better jobs in home-care services, 2013.
- European monitoring centre on change (EMCC), Regulation of domestic work, Netherlands, 2009.
- European Observatory on Health Systems and Policies, Home care across Europe: current structure and future challenges, WHO, 2012.
- Government of the Netherlands, [www.government.nl](http://www.government.nl)
- INTERLINKS, Quality management and quality assurance in LTC, European project INTERLINKS, 2010.
- Kergueris Joseph, Services à la personne: bilan et prospective, Rapport d'information,

Sénat, 2010.

- Mot Esther, The Dutch system of long-term care, CPB document, n°204, 2010.
- OECD, Health care reform and long-term care in the Netherlands, Working paper, January 2013.
- OECD, OECD Economic surveys: Netherlands 2012.
- REGIOPLAN (Renooy Piet), Labour inspection strategies for combating undeclared work in Europe: the Netherlands, Regioplan, 2013.
- Schneider Friedrich, The shadow economy in Europe, 2013.
- Sociaal-Economische Raad (SER), Universal applicability of collective agreements, [www.ser.nl](http://www.ser.nl)
- Statistics Netherlands, CBS.
- Van Walsum Sarah, The (Non)regulation of Domestic Work in the Netherlands, International seminar “Regulating decent work for domestic workers”, 29 March 2010
- Verbiessen Jolanda, “One family-One plan” scheme - Municipality of Heusden, Practices on workforce development & service quality, European project For quality!, Second regional seminar, Brighton, 27 May 2015.